

福祉医療費受給者証再交付申請書
(移 ・ 障 ・ 高 ・ 乳 ・ こ ・ 母)

令和 年 月 日

西脇市長 様

申請者 住 所：西脇市

氏 名： _____ (印)

連絡先： _____

(受給者との続柄：)

受 給 者 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受 給 者 番 号			

下記の理由により再交付を受けたいので、申請します。

- ・ 紛失
- ・ 破損
- ・ 汚損
- ・ その他（ ）

課 長	主 査 等	担 当	本 人 確 認 欄	備 考
			・ 運 転 免 許 証 ・ マイナナンバーカード ・ ()	